

S 12 KA 377/07

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 377/07
Datum
16.07.2008
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 72/08
Datum
24.08.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Die Vertragsparteien eines Honorarverteilungsvertrages sind an die Vorgaben des Bewertungsausschusses im Beschluss in seiner 93. Sitzung am 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) mit Wirkung zum 1. Januar 2005 (Deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 46 vom 12.11.2004, Seite A-3129 = B-2649 = C-2525) gebunden (vgl. Ur. der Kammer v. 26.09.2007 - [S 12 KA 822/06](#) - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris; die hiergegen eingelegte Berufung hat LSG Hessen, Ur. v. 23.04.2008 - [L 4 KA 69/07](#) - zurückgewiesen). Der HVV kann deshalb nicht ergänzend zu einem Regelleistungsvolumen eine „Ausgleichsregelung“ vorsehen, die bei Überschreiten eines Fallwerts im Vorjahresquartal von mehr als 105 % u. U. zu einer Honorarkürzung führt. Soweit die „Ausgleichsregelung“ bei Unterschreiten des Referenzfallwertes um mehr als 5 % u. U. zu einem Ausgleichsbetrag führt, ist dies jedenfalls für eine Übergangszeit von vier Quartalen als „Härtefallregelung“ hinzunehmen.
1. Unter Abänderung des Honorarbescheids für das Quartal I/06 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.07.2007 wird die Beklagte verurteilt, den Kläger unter der Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

2. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

3. Die Beteiligten haben jeweils zu ½ die Gerichtskosten zu tragen. Die Beklagte hat dem Kläger die Hälfte der notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für das Quartal I/06 und hierbei insbesondere um die Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 HVV.

Der Kläger ist als Facharzt für innere Krankheiten seit 01.04.1976 mit Praxissitz in A Stadt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Bis 31.03.2006 war er im hausärztlichen Versorgungsbereich tätig. Seine Praxis gehörte der Honorar(unter)gruppe A 2.1 an und war abrechnungstechnisch der Fachgruppe/Arztgruppe VfG 33-10 zugeordnet. Er erlitt am 31.12.2004 einen Schlaganfall und zeigte an mit Schreiben vom 12.01.2005, dass der Kollege W. KX., hausärztlich tätiger Internist, ab 17.01.2005 für drei Monate als Vertreter die Praxis leiten werde. Zum 31.03.2006 verzichtete der Kläger auf seine Zulassung.

Mit Honorarbescheid vom 20.01.2007 setzt die Beklagte das Bruttohonorar im Bereich der Primär- und Ersatzkassen für 624 Behandlungsfälle auf insgesamt 29.605,99 EUR fest. Für das praxisbezogene Regelleistungsvolumen gem. Ziff. 6.3HVV ging sie von einem Fallwert von 831,2 Punkten und einem Regelleistungsvolumen von 515.327,0 Punkten aus. Bei einem abgerechneten Honorarvolumen von 610.020,0 Punkten betrug die Überschreitung 94.676,0 Punkte. Eine fallzahlabhängige Quotierung gem. Ziff. 5.2.1HVV führte die Beklagte nicht durch, da die Arzt-/Fachgruppe mit ihrer gesamten Fallzahlentwicklung im aktuellen Quartal im Vergleich zum Ausgangsquartal um weniger als 1% gestiegen war. Für die Ausgleichsregelung gem. Ziff. 7.5 HVV ging die Beklagte für das Quartal I/05 von einem maßgeblichen Honorar in Höhe von 25.881,72 EUR aus. Dies entsprach bei 772 Fällen im Quartal I/05 einem Referenz-Fallwert von 33,5255 EUR. Für das Quartal I/06 ging die Beklagte von einem maßgeblichen Honorar in Höhe von 24.842,28 EUR aus. Bei 624 Fällen ergab dies einen relevanten Fallwert von 39,8113 EUR. Hieraus errechnete sie einen fallbezogenen Kürzungsbetrag von 5,3086 EUR und insgesamt bei 624 Fällen einen Kürzungsbetrag von 3.312,59 EUR.

Hiergegen legte der Kläger am 13.03.2007 Widerspruch ein. Er trug vor, im Quartal I/05 sei seine Praxis aufgrund seiner Erkrankung geschlossen gewesen, bis er eine Vertretung gefunden habe. In den nachfolgenden Quartalen des Jahres 2005 seien die Referenzfallwerte

höher gewesen, sie hätten 38,2581 EUR, 37,2304 EUR bzw. 39,4444 EUR in den Quartalen II bis IV/05 betragen. Er beantrage deshalb, von einer fallzahlbezogenen Kürzung abzusehen. Sein Honorar sei bereits krankheitsbedingt in dem Quartal I/05 geringer gewesen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 30.07.2007, dem Kläger am 31.07. zugestellt, wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, gem. Ziff. 7.5 könne zur Vermeidung von praxisbezogenen Honorarverwerfungen nach Einführung des EBM 2005 eine Ausgleichsregelung zur Anwendung kommen. Insoweit werde nach Vorlage des Abrechnungsergebnisses im aktuellen Quartal eine fallbezogene Überprüfung, soweit es sich um Leistungen aus dem budgetierten Teil der Gesamtvergütung handele, im Vergleich zum entsprechenden Vorjahresquartal vorgenommen. Weiche der Fallwert dabei mehr als 5% nach oben oder nach unten ab, könne ein Ausgleich im Sinne der Auffüllung bei Abweichungen von mehr als 5% nach unten (bis zur Differenz von 5%) bzw. alternativ eine Kappung des Fallwertzuwachses bei einem Wachstum von mehr als 5% nach oben erfolgen. Die Ausgangsdaten für die sog. +/- 5%-Ausgleichsregelung gem. Ziff. 7.5 HVV könne nur insoweit angepasst werden, als entsprechende Daten aus den Quartalen des Jahres 2005 der eigenen Praxis oder einer Vorgängerpraxis vorhanden seien. Fachgruppenwerte könnten soweit nicht zugrunde gelegt werden. Durch die Tätigkeit des Praxisvertreters seien Praxisdaten aus dem Quartal I/05 vorhanden, die im Rahmen der der Ausgleichsregelung im Quartal I/06 zugrunde gelegt worden seien. Sicherlich sei aufgrund des Schlaganfalls und der Praxisvertretung im Quartal I/05 nur eine eingeschränkte Praxistätigkeit möglich gewesen. Die Tatsache, dass ein Arzt in dem entsprechenden Ausgangsquartal über einen längeren Zeitraum krankheitsbedingt weniger Honorarvolumen erwirtschaften könne, komme häufig vor. Vor diesem Hintergrund sei im HVV ausgestaltet durch eine Grundsatzentscheidung zur Fallzahlbegrenzung festgelegt worden, dass bei einer krankheitsbedingten Abwesenheit von mindestens 14 zusammenhängenden Tagen anstelle des entsprechenden Ausgangsquartals des Jahres 2004 bzw. 2005 begünstigend die Fallzahlen des Jahres 2003 eingestellt werden können. Durch weiterführenden Grundsatzbeschluss zur +/- 5%-Ausgleichsregelung sei festgehalten, dass in vorstehender Fallkonstellation dennoch keine neuen Fallwerte auf Grundlage der (günstigeren) Daten des Jahres 2003 gebildet würden. Übertrage man den Sinngehalt dieser Grundsatzbeschlüsse auf die Praxissituation des Klägers, in welchem Rahmen der fallzahlabhängigen Quotierung bereits von vorneherein alle Abrechnungsfälle im Quartale I/06 zu 100% in die weitere Berechnung der Gesamthonorarforderung eingegangen seien – es mithin eines Abstellens auf ein anderes Ausgangsquartal bei der Fallzahlbegrenzung mangels Beschwer nicht bedürfe –, so müsse hier auch der Grundsatz gelten, dass trotz der Krankheit kein neuer Fallwert gebildet werde. Denn wenn der Kläger seine Fallzahlgrenze überschritten hätte, hätte ebenfalls maximal im Rahmen der Ziff. 5.2HVV ein anderes Ausgangsquartal zugrunde gelegt werden können, ohne zudem einen neuen Fallwert zu ermitteln.

Hiergegen hat der Kläger am 27.08.2007 die Klage erhoben. Er ist der Auffassung, sog. individuelle Leistungsbudgets beruhten auf der Annahme, dass der in der Vergangenheit erreichte Praxisumsatz bei typisierender Betrachtung ein maßgebendes Indiz für den Umfang sei, auf den der Vertragsarzt seine vertragsärztliche Tätigkeit ausgerichtet habe. Genau dieser Vergleich des Arztes mit sich selbst sei nicht gegeben, wenn für den Referenzfallwert das Ausgangsquartal I/05 trotz seiner Erkrankung zugrunde gelegt werde. Es müsse möglich sein, einen Fallwert zu ermitteln, der der Behandlungstiefe des betreffenden Arztes tatsächlich entspreche. Ein Ausgleich nach Ziff. 7.5 HVV sei dann ausgeschlossen, wenn sich das Leistungsspektrum der Praxis u. a. als Folge einer geänderten personellen Zusammensetzung der Praxis verändert habe. Ein Totalausfall des Vertragsarztes, der eine Vertreterbestellung erforderlich mache und in deren Konsequenz der von dem Vertragsarzt regelmäßig erreichte Fallwert nicht erreicht werden könne, unterfalle dieser Ausschlussregelung, weil das Leistungsspektrum der Praxis in dem betreffenden Quartal "Folge" der "geänderten personellen Zusammensetzung der Praxis" sei. Der Grundsatzbeschluss, wonach bei einer krankheitsbedingten Abwesenheit des Arztes keine neuen Fallwerte gebildet werden könnten, verstoße gegen den HVV selbst. Zum anderen verstoße dies gegen einen Grundsatz des BSG im Urteil vom 09.12.2004, Az.: [B 6 KA 44/03 R](#), Rn. 66. Danach müsse nämlich ein HVM eine allgemeine Härteklausel enthalten, auf deren Grundlage der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung in besonderen Fällen Ausnahme von dem Fallwert- und/oder Fallzahlbegrenzungen bewilligen könne. Die Beschränkung der Ausnahmeregelung auf einen Vergleich mit früheren Fallzahlen bei gleichzeitigem Ausschluss von Härtefallregelungen bei Fallwerten sei demnach rechtswidrig. Der Vertreter habe die Vertretung auch in der Folgezeit übernommen. Nach einer Einarbeitungsphase habe er in etwa wieder seinen vorherigen Fallwert erreicht.

Der Kläger beantragt,
den Honorarbescheid für das Quartal I/06 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.07.2007 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, den aufgrund der Ausgleichsregelung nach Ziff. 7.5 HVV vorgenommenen Kürzungsbetrag in Höhe von 3.312,59 EUR nach Abzug der Verwaltungskosten an ihn auszuzahlen,
hilfsweise
ihn unter der Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie ist weiterhin der Auffassung, dass durch die Weiterführung der Praxis im Quartal I/05 mit Hilfe des Vertreters vergleichbare Praxisstrukturen zum Quartal I/06 gegeben seien, die die Heranziehung im Rahmen der Ausgleichsregelung gerechtfertigt habe. Der Einwand, die Tätigkeit des Vertreters sei nicht vergleichbar, weil er seine eigene Behandlungstiefe nicht erreicht habe, könne keine Berücksichtigung finden, weil dem Kläger die Tätigkeit seines Vertreters als Eigenleistung zuzurechnen sei. Krankheitsbedingte Unterbrechungen kämen öfters vor. Nach einer Entscheidung des Vorstands solle im Rahmen einer weiteren Ausnahmeregelung kein neuer Fallwert auf der Grundlage eines anderen Quartals berechnet werden, sondern es solle nur eine Fallzahlerhöhung im Rahmen der Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung auch bei der Ausgleichsregelung berücksichtigt werden. Der Vorstand habe den Beschluss für den Bereich der Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelungen und zu der +/- Ausgleichsregelung im Rahmen der ihm nach Ziff. 5.2.1fHVV zustehende Ermächtigung getroffen. Mit dieser Regelung im HVV sei dem allgemeinen Erfordernis entsprochen, dass eine Regelung bestehen müsse, die in Sondersituationen Ausnahmeentscheidungen ermöglichen. Zu berücksichtigen sei, dass der Vorstand bei seiner Entscheidungen einen weiten Beurteilungsspielraum habe. Im Quartal II/05 sei mit Hilfe von Rücklagen ein Ausgleich bis zur Grenze von - 5 % erfolgt. In den Folgequartalen hätten zusätzliche Honorarvolumina nicht mehr zur Verfügung gestanden. Es habe deshalb eine weitergehende Quotierung der Punktwerte vorgenommen werden müssen, was im Ergebnis bedeutet habe, dass höhere Fallwertminderungen als - 5 % entstanden seien. Auch im hier streitgegenständlichen Quartal I/06 sei dies beider der Honorar(unter)gruppe des Klägers der Fall gewesen, weshalb sich statt des Kürzungsbetrags von 4,6095 EUR ein solcher von 5,3086 EUR ergeben habe.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der

mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einer ehrenamtlichen Richterin und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG -).

Die zulässige Klage ist im Hilfsantrag begründet.

Der Honorarbescheid für das Quartal I/06 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.07.2007 vom 16.11.2005 ist rechtswidrig und war daher abzuändern. Die Beklagte ist verpflichtet, den Kläger unter der Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über seinen Honoraranspruch neu zu bescheiden. Im Übrigen war die Klage aber abzuweisen.

Der Honorarbescheid für das Quartal I/06 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.07.2007 vom 16.11.2005 ist rechtswidrig.

Die Rechtswidrigkeit folgt bereits aus der Regelung nach Ziffer 7.5 der hier maßgeblichen Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen, dem BKK Landesverband Hessen, der IKK Hessen, dem Verband der Angestellten Krankenkassen e. V. (VdAK) – Landesvertretung Hessen, dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassenverband e. V. – Landesvertretung Hessen, der Landwirtschaftlichen Krankenkassen Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland, der Krankenkasse für den Gartenbau und der Knappschaft zur Honorarverteilung für die Quartale 2/2005 bis 4/2005 vom 10.11.2005 (im Folgenden: HVV), der für das hier streitbefangene Quartal fortgeführt wurde. Mit dieser Regelung verstößt der HVV gegen die zwingenden Vorgaben des Bewertungsausschusses jedenfalls insoweit, als sie die Festsetzung von Kürzungsbeträgen zulässt.

Die Kammer war zur inzidenten Überprüfung des HVV befugt. Streitgegenstand ist die Höhe des Honoraranspruchs und hierbei insbesondere die Höhe des Kürzungsbetrags. Der Kürzungsbetrag beruht auf Ziff. 7.5 HVV, so dass diese inzident zu überprüfen war.

Im Einzelnen bestimmt Ziffer 7.5 HVV:

7.5.1 Zur Vermeidung von praxisbezogenen Honorarverwerfungen nach Einführung des EBM 2000plus erfolgt nach Feststellung der Punktwerte und Quoten gemäß Ziffer 7.2 ein Vergleich des für das aktuelle Abrechnungsquartal berechneten fallbezogenen Honoraranspruches (Fallwert in EUR) der einzelnen Praxis mit der fallbezogenen Honorarzahlung in EUR im entsprechenden Abrechnungsquartal des Jahres 2004 ausschließlich beschränkt auf Leistungen, die dem budgetierten Teil der Gesamtvergütung unterliegen und mit Ausnahme der zeitbezogenen genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen. Bei der Ermittlung des Fallwertes bleiben Fälle, die gemäß Anlage 1 bzw. 2 zu Ziffer 7.1 zur Honorierung kommen, unberücksichtigt. Zeigt der Fallwertvergleich eine Fallwertminderung oder Fallwerterhöhung von jeweils mehr als 5% (bezogen auf den Ausgangswert des Jahres 2004), so erfolgt eine Begrenzung auf den maximalen Veränderungsrahmen von 5%. Die für eine Stützung bei Fallwertminderungen – Einzelheiten siehe Ziffer 7.5.2 – notwendigen Honoraranteile gehen zu Lasten der jeweiligen Honorar(unter)gruppe, der die Praxis im aktuellen Quartal zugeordnet ist, und sind gegebenenfalls durch weitergehende Quotierung der Bewertungen bzw. Punktwerte zu generieren, falls die aus der Begrenzung der Fallwerte auf einen Zuwachs von 5% resultierende Honoraranteile hierfür nicht ausreichend sein sollten. Sollte durch eine solche Quotierung die Fallwertminderung (wieder) auf einen Wert oberhalb von 5% steigen, führt dies zu keinem weitergehenden Ausgleich.

7.5.2 Ein Ausgleich von Fallwertminderungen bis zur Grenze von 5% erfolgt grundsätzlich auf der Basis vergleichbarer Praxisstrukturen und maximal bis zu der Fallzahl, die im entsprechenden Quartal des Jahres 2004 zur Abrechnung gekommen ist. Ein Ausgleich ist in diesem Sinne u. a. dann ausgeschlossen, wenn im aktuellen Quartal im Vergleich zum Vorjahresquartal erkennbar (ausgewählte) Leistungsbereiche nicht mehr erbracht wurden oder sich das Leistungsspektrum der Praxis, u. a. als Folge einer geänderten personellen Zusammensetzung der Praxis, verändert hat. Er ist des weiteren ausgeschlossen, wenn sich die Kooperationsform der Praxis entsprechend Ziffer 5.2 Buchstabe g) im Vergleich zum entsprechenden Vorjahresquartal geändert hat. Beträgt die Fallwertminderung mehr als 15%, ist eine auf die einzelne Praxis bezogene Prüfung im Hinblick auf vorstehend aufgeführte Kriterien durchzuführen, bevor eine Ausgleichszahlung erfolgt. Ausgleichsfähige Fallwertminderungen oberhalb von 15% müssen vollständig ihre Ursache in der Einführung des EBM 2000plus haben.

7.5.3 Die vorstehende Ausgleichsvorschrift steht im Übrigen unter dem Vorbehalt, dass von Seiten der Verbände der Krankenkassen mindestens eine gegenüber dem Ausgangsquartal vergleichbare budgetierte Gesamtvergütungszahlung geleistet wird und die aufgrund der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 vorzunehmenden Honorarverschiebungen nach Abschluss des Abrechnungsquartals – siehe Ziffer 2.5 der Anlage 1 bzw. 2 zu Ziffer 7.2 – noch ein ausreichendes Honorarvolumen für diese Maßnahme in der einzelnen Honorar(unter)gruppe belassen.

Ziffer 7.5 HVV führt damit faktisch einen Regelungsmechanismus ein, der sich im Ergebnis einem Vergütungssystem annähert, das auf sog. Kopfpauschalen beruht. Das Vergütungssystem weicht von sog. Kopfpauschalen allerdings insofern ab, als es nicht allen Vertragsärzten bzw. allen Vertragsärzten einer Honorargruppe gleiche Honorarbeträge für einen Behandlungsfall zuweist, sondern die Höhe der Honorarzuweisung pro Fall am Fallwert des entsprechenden Vorjahresquartals der einzelnen Praxis orientiert und zunächst einen "Honorarkorridor" von 95 % bis 105 % hierfür vorgibt. Das Honorar der einzelnen Praxis kann sich grundsätzlich nur innerhalb dieses Korridors bewegen, wobei dies weiter davon abhängt, wie insgesamt das Verhältnis von Honoraranforderungen und zur Verteilung zur Verfügung stehendem Honorarvolumen innerhalb der einzelnen Honorargruppen ist. Sind die Ausgleichsbeträge wesentlich höher als die Kürzungsbeträge, so kann der Korridor nach unten abweichen, da mit Ausnahme des Quartals II/05 keine weiteren Gelder aus Rücklagen zugeführt wurden und die Entnahme aus dem Honorartopf zur Abgeltung der Ausgleichsansprüche nur in dem Umfang erfolgen darf, dass der Punktwert nicht unterhalb des sog. Stützpunktwertes fällt, wodurch Verschiebungen zwischen den Honorargruppen vermieden werden sollen. Nach den bisherigen Erfahrungen der Kammer können daher die erreichbaren Fallwerte von Honorargruppe zu Honorargruppe und von Quartal zu Quartal zwischen ca. 85 % bis 95 % schwanken. Der gesamte Ausgleichsbetrag wird ferner durch die Fallzahl des Referenzquartals bestimmt und lässt Fallzahlsteigerungen unberücksichtigt. Die einzelne Praxis, die weder einen Ausgleichs- noch Kürzungsbetrag erhält, wird dann von der Ausgleichsregelung indirekt betroffen, wenn die Ausgleichsbeträge insgesamt einer

Honorargruppe nicht von den Kürzungsbeträgen abgedeckt werden können, da sich dann der Punktwert bis zur Grenze des sog. Stützpunktwerts verringern kann und die Honorarzuteilung auf der Grundlage eines geringeren Punktwerts erfolgt. Die Kammer hat diese Regelung, soweit sie im Einzelfall zu Ausgleichsbeträgen geführt hat, bisher nicht beanstandet, da sie in ihr letztlich eine Härtefallregelung sieht, die Veränderungen aufgrund des zum Quartal II/05 eingeführten EBM 2005 abfedern und insofern für eine Übergangszeit den Arztpraxen die Umstellung auf die neue Honorarstruktur ermöglichen soll. Insofern haben es die Praxen – und dies ist unabhängig von ihrem Leistungsvolumen insgesamt –, die keine Ausgleichsbeträge erhalten, hinzunehmen, dass sich der Verteilungspunktwert für sie ggf. verringert. Wie lange dieser Übergangszeitraum dauert, brauchte die Kammer in diesem Verfahren nicht abschließen zu beurteilen, da sie jedenfalls einen Zeitraum von vier Quartalen als zulässig ansieht. Ferner ist zu berücksichtigen und ggf. weiter aufzuklären, ob das Anknüpfen jeweils an das Vorjahresquartal nicht ab dem 5. Quartal der Geltung der Regelung zu verminderten Ausgleichsbeträgen führt. Der Kammer ist aber andererseits auch aus anderen Verfahren bekannt, dass die Ausgleichsregelung bis zu 50 % des zunächst errechneten Honoraranspruchs ausmacht und im Ergebnis damit etwa ein Drittel des Honoraranspruchs für die einzelne Arztpraxis ausmachen kann.

Nicht ersichtlich ist aber, aus welchen Gründen die Praxen, die höhere Fallwerte als im Vorjahresquartal erzielen, über den allgemeinen Beitrag eines ggf. geringeren Punktwertes hinaus durch die Kürzungsbeträge zur Finanzierung herangezogen werden. Sachliche Gründe sind der Kammer hierfür nicht ersichtlich. Soweit es sich um ausschließlich fiskalische Gründe handelt, um die Ausgleichsbeträge zu finanzieren, wird völlig unabhängig vom Leistungsgeschehen und vom Leistungsumfang der einzelnen Praxis gekürzt. Im Ergebnis handelt es sich damit um eine Regelung, die die Vergütungsstrukturen, wie sie vor Einführung des EBM 2005 galten, fortführt. Veränderungen in der Vergütungsstruktur werden damit z. T. nur im Korridor von + 5 % zugelassen. Die eigentliche Honorarbegrenzung und Steuerung hat aber durch die vom Bewertungsausschuss zum Quartal II/05 auf gesetzlicher Grundlage eingeführten Regelleistungsvolumina zu erfolgen. Führen diese im Einzelfall zu starken Honorarverlusten, werden sie z. T. durch die Ausgleichsregelung aufgefangen und werden die Regelleistungsvolumina im Ergebnis weitgehend nivelliert. Für die Praxen, die zu Kürzungsbeträgen herangezogen werden, bedeutet aber die Ausgleichsregelung eine Vergütung nach einem praxisindividuellen Individualbudget, das aus dem Produkt von Fallwert im Referenzquartal und aktueller Fallzahl zu errechnen ist. Die Regelleistungsvolumina sind damit für sie ebf. ohne Bedeutung, ohne dass die Ausgleichsregelung für sie die Bedeutung einer Härtefallregelung haben könnte.

Die Vertragsparteien waren aber an die Vorgaben des Bewertungsausschusses gebunden und jedenfalls nicht befugt, im Rahmen der Ausgleichsregelung Kürzungsbeträge vorzusehen.

Nach § 85 Abs. 4 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung v. 20.12.1988, [BGBl. I S. 2477](#) in der hier maßgeblichen Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) v. 14.11.2003, [BGBl. I S. 2190](#) mit Gültigkeit ab 01.01.2005 (SGB V), verteilt die Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte; in der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung (§ 73) ([§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#)). Sie wendet dabei ab dem 1. Juli 2004 den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen erstmalig bis zum 30. April 2004 gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab an; für die Vergütung der im ersten und zweiten Quartal 2004 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen wird der am 31. Dezember 2003 geltende Honorarverteilungsmaßstab angewandt ([§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#)). Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen; dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe zu Grunde zu legen ([§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#)). Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychotherapeutische Medizin sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten ([§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#)). Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden ([§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V](#)). Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes vorzusehen ([§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#)). Insbesondere sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina) ([§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#)). Für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte ist vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird ([§ 85 Abs. 4 Satz 8 SGB V](#)). Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie ihre Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung ([§ 85 Abs. 4 Satz 9 SGB V](#)). Die vom Bewertungsausschuss nach Absatz 4a Satz 1 getroffenen Regelungen sind Bestandteil der Vereinbarungen nach Satz 2 ([§ 85 Abs. 4 Satz 10 SGB V](#)). Dabei bestimmt nach [§ 85 Abs. 4a Satz 1 SGB V](#) der Bewertungsausschuss Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#), insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung sowie für deren Anpassung an solche Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung, die bei der Bestimmung der Anteile der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung an der Gesamtvergütung zu beachten sind; er bestimmt ferner, erstmalig bis zum 29. Februar 2004, den Inhalt der nach [§ 85 Abs. 4 Satz 4](#), 6, 7 und 8 SGB V zu treffenden Regelungen.

Der Bewertungsausschuss ist seinen Regelungsverpflichtungen nach [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) u. a. durch den Beschluss in seiner 93. Sitzung am 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) mit Wirkung zum 1. Januar 2005 (Deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 46 vom 12.11.2004, Seite A-3129 = B-2649 = C-2525) (im Folgenden: BRLV) nachgekommen. Darin bestimmt er, dass Regelleistungsvolumen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) arztgruppenspezifische Grenzwerte sind, bis zu denen die von einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum (Arzt-Abrechnungsnummer) im jeweiligen Kalendervierteljahr (Quartal) erbrachten ärztlichen Leistungen mit einem von den Vertragspartnern des Honorarverteilungsvertrages (ggf. jeweils) vereinbarten, festen Punktwert (Regelleistungspunktwert) zu vergüten sind. Für den Fall der Überschreitung der Regelleistungsvolumen ist vorzusehen, dass die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten (Restpunktwerten) zu vergüten ist (III.2.1 BRLV). Für die Arztpraxis oder das medizinische Versorgungszentrum, die bzw. das mit mindestens einer der in Anlage 1 genannten Arztgruppen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, sind im Honorarverteilungsvertrag nachfolgende Regelleistungsvolumen zu vereinbaren, für die dieser Beschluss die Inhalte der Regelungen vorgibt (III.3.1 Abs. 1 BRLV). Die in 4. aufgeführten Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen unterliegen nicht den Regelleistungsvolumen (III.3.1 Abs. 4 BRLV).

Die Kammer sieht in diesen Bestimmungen eine verbindliche Vorgabe des Bewertungsausschusses. Dies hat die Kammer bereits für die von der Beklagten vorgenommene und gegen die Vorgaben des Bewertungsausschusses verstoßende Einbeziehung von Dialyseleistungen in die

Regelleistungsvolumina festgestellt (vgl. Urteil der Kammer vom 26.09.2007 - [S 12 KA 822/06](#) - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris). Die hiergegen eingelegte Berufung hat das Landessozialgericht zurückgewiesen (LSG Hessen, Urt. v. 23.04.2008 - [L 4 KA 69/07](#) -; die Entscheidungsgründe lagen der Kammer noch nicht vor). In Fortführung ihrer Rechtsprechung stellt die Kammer nunmehr fest, dass die Vorgaben des Bewertungsausschusses auch insofern verbindlich sind, als daneben nicht Regelungen geschaffen werden können, die faktisch zu einem praxisindividuellen Individualbudget führen, wie dies aus den genannten Gründen bei der Festsetzung von Kürzungsbeträgen nach der Ziff. 7.5 HVV der Fall ist.

Die Kammer hält insofern an ihrer bisherigen Rechtsauffassung fest. Bereits der Wortlaut der Bestimmungen des Bewertungsausschusses lässt nicht erkennen, dass es sich um bloße Empfehlungen an die Partner des Honorarverteilungsvertrages handeln sollte. Auch besteht der Gesetzauftrag an den Bewertungsausschuss nach § 85 Abs. 4 und 4a SGBV darin, verbindliche Vorgaben zu erlassen. Der Bewertungsausschuss gibt verbindlich vor, für welche Arztgruppen Regelleistungsvolumen zu bestimmen sind. Eine Ausnahme hiervon oder die Ermächtigung zu einer abweichenden Regelung in einem HVV sieht der Beschluss des Bewertungsausschusses nicht vor. Angesichts der eindeutigen Regelung liegt es nicht im Handlungsspielraum der Vertragspartner eines HVV, ggf. weitere Regelleistungsvolumina einzuführen bzw. abweichend von den Vorgaben weitere Leistungen einzubeziehen oder aber wieder Individualbudgets einzuführen. III.2.2 Abs. 1 BRLV setzt voraus, dass nach dem BRLV Steuerungsinstrumente anzuwenden sind. Nur in diesem Fall können bereits vergleichbare bestehende Steuerungsinstrumente bis Ende 2005 fortgeführt werden. Die hier strittige Ziff. 7.5 HVV ist aber neu eingeführt worden.

Soweit es der Beklagten allgemein nicht verwehrt ist, auch bei Vorgaben des Bewertungsausschusses weitere Steuerungsmaßnahmen im HVV zu vereinbaren, so gilt dies dann nicht, soweit, wie bereits ausgeführt, verbindliche und damit zwingende Vorgaben durch den Beschluss des Bewertungsausschusses bestehen.

Das Bundessozialgericht hat zur Einführung von Praxisbudgets im EBM zum 01.07.1997 die Bindung des Normgebers für die Honorarverteilung an die Vorgaben des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs herausgearbeitet. Danach ist die Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) im Rahmen der ihr nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) obliegenden Honorarverteilung an die gesetzlichen Vorgaben und auch an die Bestimmungen des EBM gebunden. Der auf der Grundlage des [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) zu beschließende Honorarverteilungsmaßstab (HVM) darf nicht gegen die Vorschriften des auf der Grundlage des [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) erlassenen Bewertungsmaßstabs verstoßen. Dieser ist nach [§ 87 Abs. 1 SGB V](#) Bestandteil des Bundesmantelvertrages-Ärzte, der wiederum in seiner Rechtsqualität Vorrang vor regionalen Gesamtverträgen und den Satzungen der KÄV hat. Das ergibt sich im Übrigen auch aus [§ 81 Abs. 3 SGB V](#). Danach müssen die Satzungen der KÄVen Bestimmungen darüber enthalten, dass u. a. die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abzuschließenden Verträge für sie wie für ihre Mitglieder verbindlich sind. Ein HVM, der sich in Widerspruch zu verbindlichen Vergütungsvorgaben des EBM setzt, ist deshalb rechtswidrig und - da es sich um eine Norm handelt - nichtig. Soweit demgegenüber die Auffassung vertreten wird, die Satzungsautonomie der KÄV sei allein durch "übergeordnete Rechtsvorschriften" wie etwa die Grundrechte, nicht aber durch Verträge nach [§ 82 Abs. 1 SGB V](#) bzw. [§ 87 Abs. 1 SGB V](#) eingeschränkt, trifft das nicht zu. Das BSG hat mehrfach entschieden, dass im EBM Vergütungsstrukturen vorgegeben werden dürfen, die notwendigerweise bundeseinheitlich geregelt werden müssen. Daran hat der Gesetzgeber durch die Ergänzung des [§ 87 Abs. 2a SGB V](#) im 2. GKV-NOG angeknüpft und für die Praxisbudgets klarstellend eine "tragfähige Rechtsgrundlage" geschaffen. Mit dem zum 1. Januar 2000 in Kraft getretenen Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999 ([BGBl I 2626](#)) sind Umfang und Tragweite der im EBM zu regelnden Vergütungsstrukturen noch erheblich ausgeweitet worden. Nach [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) hat der Bewertungsausschuss die Kriterien für die Verteilung der Gesamtvergütungen und insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung zu bestimmen. Ferner hat er nach [§ 87 Abs. 2a Satz 4 SGB V](#) die nach [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) abrechnungsfähigen Leistungen der hausärztlichen oder der fachärztlichen Versorgung i. S. d. [§ 73 Abs. 1 SGB V](#) zuzuordnen. Die mit dieser Normsetzungskompetenz des Bewertungsausschusses verbundenen Ziele können nur erreicht werden, wenn die KÄVen im Rahmen der Honorarverteilung an die Vorgaben des EBM gebunden sind. Sie dürfen deshalb weder Arztgruppen von der Budgetierung ausnehmen, die der EBM einbezieht, noch die Bereiche der budgetierten und der nicht budgetierten Leistungen anders als im EBM festlegen. In diesem Sinne sind die Budgetierungsregelungen im EBM vorgreiflich und verbindlich gegenüber Maßnahmen der Honorarverteilung. Dennoch darf die KÄV kraft ihrer Gestaltungsfreiheit im Rahmen der Honorarverteilung mengensteuernde Regelungen treffen, um ihrer Verantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ([§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) gerecht zu werden. Allein der Umstand, dass einzelne Arztgruppen von den Praxisbudgets nicht erfasst werden und Ärzte aller Arztgruppen in mehr oder weniger großem Umfang unbudgetierte Leistungen erbringen, schließt die Annahme aus, mit der Einführung der Praxisbudgets im EBM sei die Verantwortung der KÄV für eine den gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) genügende Honorarverteilung aufgehoben oder verdrängt worden. Vor allem hat die Einführung von Praxisbudgets im EBM zum 1. Juli 1997 nichts an der insgesamt begrenzten Gesamtvergütung für alle vertragsärztlichen Leistungen i. S. des [§ 85 Abs. 1 SGB V](#) geändert. Nach wie vor besteht die Situation, dass ein begrenzter Geldbetrag für die Vergütung aller von den Vertragsärzten in einem bestimmten Zeitraum erbrachten und abgerechneten Leistungen zur Verfügung steht, was wiederum zur Folge hat, dass der "Preis" der einzelnen ärztlichen Leistung erst feststeht, wenn bekannt ist, wie viele Leistungen welcher Art und damit wie viele Punkte insgesamt von den Vertragsärzten abgerechnet werden. Praxisbudgets reduzieren lediglich den Anreiz zur immer weiteren Vermehrung der abrechenbaren Leistungen, weil das Honorar des Arztes für die Leistungen des budgetierten Bereichs allein durch das Produkt aus arztgruppenbezogener Fallpunktzahl und Zahl der Behandlungsfälle bestimmt wird. Da aber auch für die Leistungen des "grünen" (budgetierten) Bereichs keine festen bzw. vereinbarten Punktwerte gelten, andererseits aber gerade die Stabilisierung des Punktwertes ein maßgebliches Ziel bei der Einführung der Praxisbudgets war, ist es auch nach dem 1. Juli 1997 Aufgabe der KÄV, im Rahmen der Honorarverteilung das Notwendige und Mögliche zur Gewährleistung ausreichender Punktwerte zu tun und auf regionaler Ebene eintretende unerwünschte Verwerfungen zwischen einzelnen Arztgruppen und auch innerhalb einer Arztgruppe zu verhindern. Daher stehen der KÄV auch nach dem 1. Juli 1997 im Grundsatz alle diejenigen Honorarverteilungsregelungen zur Verfügung, die das BSG bisher für zulässig gehalten hat, soweit die Bestimmungen über die Praxisbudgets im EBM keine abweichenden Vorgaben enthalten (vgl. BSG, Urteil v. 08.03.2000, Aktenzeichen: [B 6 KA 7/99 R](#), [SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#) = [BSGE 86, 16](#) = [MedR 2000, 543](#) = [NZS 2001, 107](#) = USK 2000-108, zitiert nach juris, RdNr. 34-36).

Danach geht auch das Bundessozialgericht davon aus, dass der Bewertungsausschuss die Aufgabe hat, verbindliche Vorgaben für die Honorarverteilung zu erlassen. Der Auffassung der Beklagten, es handle sich dabei um bloße "Empfehlungen", findet weder im Gesetz noch in der Rechtsprechung eine Stütze.

Aufgrund der eindeutigen Nichtbeachtung der Vorgaben des Bewertungsausschusses war der Ziff. 7.5 HVV, soweit die Regelung zu

Kürzungsbeträgen führt, von Anfang an rechtswidrig und können die Grundsätze einer sog. Anfangs- und Erprobungsregelung nicht angewandt werden.

Die Beklagte war daher zur Neubescheidung zu verpflichten. Die Rechtswidrigkeit führt nicht zwingend dazu, dass dem Kläger der Kürzungsbetrag in vollem Umfang zurückzuerstatten ist, weshalb der Hauptantrag als unbegründet abzuweisen war. Aus den genannten Gründen hält die Kammer die "positive" Ausgleichsregelung jedenfalls im streitbefangenen Quartal noch für zulässig. Die Beklagte hat daher einen neuen Punktwert zu errechnen auf der Grundlage, dass ihr insgesamt keine Kürzungsbeträge zur Verfügung stehen. Dieser neu errechnete Punktwert ist dann maßgebend, soweit er oberhalb des sog. Stützungspunktwerts liegt. Liegt er darunter, ist der Stützungspunktwert maßgebend. Die Beklagte wäre dann verpflichtet gewesen, die Ausgleichsbeträge entsprechend zu kürzen, da der Stützungspunktwert nicht unterschritten werden darf.

Aufgrund der Rechtswidrigkeit der Ziff. 7.5 HVV, soweit die Regelung zu Kürzungsbeträgen führt, kann hier dahinstehen, ob die Beklagte die Vorgaben der 7.5 HVV überhaupt eingehalten hat. Bei einer Kürzung auf 105% ergibt sich ein Kürzungsbetrag von 4,6095 EUR. Die tatsächlich vorgenommene Kürzung von 5,3086 EUR bedeutet eine Kürzung auf 34,5027 EUR, das sind 102,9% vom errechneten Referenzfallwert in Höhe von 33,5255 EUR. Wie dies errechnet wurde, konnte die Beklagtenvertreterin auch in der mündlichen Verhandlung nicht darlegen. Insofern hat die Kammer bereits darauf hingewiesen, dass Ziff. 7.5 HVV eine Begrenzung auf den "maximalen Veränderungsrahmen von 5%" ermöglicht und damit die Möglichkeit einer Kürzung auf unter 105 % ausgeschlossen zu sein scheint.

Dahinstehen konnte daher auch, inwieweit die Beklagte zu berücksichtigen gehabt hätte, dass der Kläger die Praxis nur noch vertretungsweise fortgeführt wurde. Allerdings muss sich ein Vertragsarzt das Handeln eines Vertreters als eigenes Handeln zurechnen lassen.

Nach allem war der Klage lediglich im Hilfsantrag stattzugeben und war die Klage mit dem Hauptantrag abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens. Die Quotelung war anhand des unbegründeten Hauptantrags und des begründeten Hilfsantrags entsprechend zu bestimmen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2009-10-28